

LU_GERICHTE SG 06 1 vom 6. April 2010

LU Gerichte, 2010-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_SG_06_1

FR: LU_GERICHTE SG 06 1 du 6 avril 2010

IT: LU_GERICHTE SG 06 1 del 6 aprile 2010

Regeste

Art. 39 Abs. 1 lit. e, Art. 41 Abs. 2, Art. 43 Abs. 4, Art. 89 KVG. Bei der vorliegend zu beurteilenden Spitalliste ist die Kategorie "Paraplegie" nicht vorgesehen. Die Bezeichnung "breite spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung" weist nicht ohne weiteres auf eine Spezialisierung im Bereich Paraplegie hin. Bezüglich dieser Patientenkategorie ist von einer offenen Spitalliste auszugehen, weshalb sich die Beklagte nicht unter Berufung auf die Spitalliste der Leistungspflicht gegenüber der Klägerin entziehen kann. Die vertragliche Indikation der plegiebedingten Komplikation ist aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen. Keine Verzugszinspflicht. | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 5

Die Beklagte bestreitet das Vorhandensein der vertraglichen Indikation zur stationären Behandlung bei der Klägerin. Es habe sich gemäss Kostengutsprache um Akutbehandlungen gehandelt und nicht um Notfallbehandlungen, wie dies im Vertrag vorgesehen sei. Die Klägerin hatte im Gesuch um Kostengutsprache vom 6. Juni 2005 unter dem Titel "Indikation" tatsächlich die Rubrik "Patient mit Para-Tetraplegie jeder Aetiologie zur notfallmässigen Primärversorgung, Behandlung und Rehabilitation" angezeichnet. Daraus wäre allerdings keine genügende Indikation gemäss Vertrag als gegeben zu erachten, war doch A schon seit dem Jahre 2002 an Tetraplegie erkrankt, und beim Eintritt bei der Klägerin vom 6. Juni 2005 handelte es sich deshalb nicht um eine Primärversorgung. Aus den zusätzlichen Informationen geht jedoch hervor, dass sich A notfallmässig zur Wiederaufnahme einer invasiveren Schmerztherapie gemeldet habe. Dem Austrittsbericht vom 8. August 2005 ist zu entnehmen, dass auch ein unklarer Infekt vorhanden war sowie eine Erweiterung des dissezierenden Aortenaneurysmas mit Ausdehnung der Dissektion in die rechte Arteria iliaca communis mit Zunahme der Thrombosierung des falschen Lumens (kläg. Beleg 25). Damit ist die Indikation der unter Erwägung 3b erwähnten plegiebedingten Komplikationen für den Aufenthalt im Sommer 2005 erfüllt. Am 7. Dezember 2005 musste A notfallmässig zur Behandlung einer Sepsis urologischer Aetiologie nach Cystofixeinlage hospitalisiert werden. Er wurde mit der Ambulanz eingeliefert, nachdem er hohes Fieber entwickelte (Austrittsbericht vom 29.12.2005). Auch damit erfüllte A die oben erwähnte Indikation der notfallmässigen Behandlung. Schliesslich erfolgte die Einlieferung vom 24. Mai 2006 aufgrund eines Dekupitalulkus Grad IV B mit Taschenbildung über dem Tuber ischiadicum links und eines Rezidiv-Ulkus über dem Os sacrum Grad II. Im Verlauf der Behandlung stellten sich verschiedene Komplikationen ein, wie dies aus dem Austrittsbericht vom 31. Oktober 2006 hervorgeht (kläg. Beleg 27). Die Beklagte bestreitet die Indikationen für die drei Aufenthalte von A generell ohne weitere konkrete Angaben. Sie weist in ihrer Klageantwort

auf ein Schreiben von PD Dr. med. E, stv. Chefarzt und Leiter Gefässchirurgie am Inselspital Bern, vom 20. Dezember 2007 hin. In der Duplik wird erwähnt, es handle sich nicht um Primärversorgungen und für die Aufenthalte im Dezember 2005 und im Sommer 2006 sei nicht die Paraplegie im Vordergrund gestanden. Wie oben erwähnt, erfolgte die Indikation für den ersten Aufenthalt im Juni/Juli 2005 aufgrund der plegiebedingten Komplikation, eine Primärversorgung war nicht gegeben. Auch die beiden folgenden Aufenthalte waren plegiebedingt, was gerade Dr. E in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2007 bestätigte, indem er ausführt, dass die beiden Spitalaufenthalte bedingt waren durch bekannte Komplikationen bei Tetraparese. Dr. E erwähnt, dass diese Aufenthalte auch im Inselspital hätten stattfinden können. Dies mag sehr wohl zutreffen, ist jedoch nicht massgebend. Relevant ist vorliegend allein die Indikation der plegiebedingten Komplikation gemäss Vertrag. Die vertragliche Indikation ist somit zweifellos erfüllt. Die Beklagte macht denn auch keine näheren Angaben, inwiefern dies trotz der medizinischen Berichte nicht der Fall sein sollte.

E. 6

Schliesslich stellt die Beklagte fest, dass von Seiten der Klägerin noch nie eine Rechnung für die Hospitalisationen erstellt worden sei. Dies sei aber gemäss Vertrag Voraussetzung für die Bezahlung der Leistung. Die Klägerin hatte mit dem Kostengutsprachege such stets verlangt, dass die Kostengutsprache aufgrund des Tarifs der Klägerin (Fr. x) erfolge. Die Beklagte hat dies stets bestritten. Es ist nachvollziehbar, dass während dieses streitigen Verfahrens noch keine Rechnungstellung erfolgte. Schliesslich erstellte die Klägerin am 26. Oktober 2009 die Schlussrechnungen für die drei Aufenthalte mit dem Tarif über Fr. x. Die Forderung war - abgesehen von der Höhe des Tarifs und der grundsätzlichen Frage der Indikation - stets unbestritten und insofern liquid. Die nachfolgende Rechnungsstellung ändert am Bestand und der Berechtigung der Forderung nichts. Insofern aber die Klägerin einen Zins von 5% vom Gesamtbetrag seit 1. Januar 2007 verlangt, ist dem Begehren nicht zu folgen. Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG sieht in Art. 26 eine für sämtliche Sozialversicherungen (mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge gemäss BVG) geltende Regelung der Verzugs- und Vergütungszinsen vor. Nach Abs. 1 dieser Norm sind für fällige Beitragsforderungen und Beitragsrückerstattungsansprüche Verzugs- und Vergütungszinsen zu leisten. Gemäss Abs. 2 der Bestimmung sind die Sozialversicherungen für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist. Art. 26 Abs. 2 ATSG hat das Versicherungsverhältnis zum Gegenstand und sieht eine Verzugszinspflicht nur zu Lasten der Sozialversicherungen auf deren Leistungen gegenüber dem Versicherten vor (EVG-Urteile K 4/06 vom 15.11.2006 und K 40/05 vom 12.1.2006). Auf den hier zu beurteilenden Fall der Forderung eines Leistungserbringers ist sie nicht anwendbar. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Klägerin berechtigt ist, für die drei Aufenthalte von A den Tarif gemäss Vertrag zu verrechnen und somit die mit der Schlussrechnung vom 26. Oktober 2009 gestellte Forderung zu Recht besteht. (...)